

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n°

46

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LE FUR

né le 11 Juin 1932 à Séglien (Morbihan)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LE TRAITEMENT A L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY
DES EPITHELIOMAS DU SILLON GLOSSO-EPIGLOTTIQUE

DE 1960 à 1964

Président : M. R. MADURO, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

René LE FUR

né le 11 Juin 1932 à Séglien (Morbihan)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LE TRAITEMENT A L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY
DES EPITHELIOMAS DU SILLON GLOSSO-EPIGLOTTIQUE
DE 1960 à 1964

Président : M. R. MADURO, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutailis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN **Georges BROUET.**

1^{er} ASSESSEUR. } **Daniel BARGETON**

2^e ASSESSEUR. } **Jean GOSSET**

I. — PROFESSEURS**1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES****a) Professeurs titulaires :****MM.**

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
	{ RICHET (G.)
	{ DEJOURS (P.)
Physiologie	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
Cliniques chirurgicales	{ Cochin	LEGER (L.)
	{ Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	{ Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	{ Salpêtrière	SICARD (A.)
	{ Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUROST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales	{ Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	{ Lariboisière	SÈZE (S. de)
	{ Pitié	DREYFUS (G.)
	{ Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	{ Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-ZEBAÏON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MOZZICONAGGI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DESCHAUME (M.)
Clinique toxicologique	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — — (Necker)	JUDEY (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	GOUVELAIRE (R.)
— — — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — — (Pitié)	DOMART (A.)
— — — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-Phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

à qui je dois tout et qui m'ont toujours
encouragé dans la carrière que j'ai choisie

A ma femme, à ma fille

A tous avec ma profonde affection



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549003_0016

A Monsieur le Professeur R. MADURO

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé C. M. LALANNE

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a beaucoup aidé au cours de sa
rédaction.

Que son travail et sa rigueur de pensée
soit pour nous toujours un exemple.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance.

A notre Maître le Docteur Y. CACHIN

qui nous a beaucoup appris.

En témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur P. F. DENOIX

Qui nous a ouvert les portes de l'Institut
Gustave Roussy

En témoignage de notre respectueux
dévouement.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

Au Professeur M. TUBIANA

dont l'exemple et la pensée ont été déterminants
dans notre vocation.

Avec l'expression de notre admiration, et en
témoignage de notre fidélité.

A tous nos Maîtres de l'Institut Gustave Roussy

qui nous ont guidé avec beaucoup de compréhension
et de gentillesse lors de notre arrivée parmi eux.

A Messieurs les Professeurs Membres du Jury

qu'ils soient remerciés de l'honneur qu'ils
nous font en acceptant de juger cette thèse,
et assurés de notre profond respect.

A tous mes maîtres dans les hôpitaux

A tous mes camarades.

"Il existe certaines zones deshéritées dont les chirurgiens renvoient l'étude aux spécialistes et les laryngologistes aux chirurgiens.

De cette délégation réciproque de pouvoirs, il résulte que quelques régions communes à ces deux catégories de praticiens constituent un "no man's land" dont personne ne s'occupe.

C'est ce qui se produit pour les fossettes glosso-épiglottiques".

J. DUCUING et L. DUCUING

INTRODUCTION

Peu d'auteurs individualisent les lésions malignes dont le point de départ se situe au niveau du sillon glosso-épiglottique et ceci pour deux raisons :

- Considérant que les problèmes thérapeutiques posés par cette localisation étant identiques à ceux posés par la pente pharyngée de la langue, la distinction selon le point de départ paraît artificielle ;

- Le diagnostic de ces lésions développées au niveau d'une dépression muqueuse est généralement tardif, car peu accessible à l'examen direct. Quand le diagnostic est fait, il s'agit souvent de lésions étendues envahissant les structures voisines que beaucoup d'auteurs englobent dans la dénomination régionale de cancers glosso-épiglottiques.

On peut toutefois se demander si les cancers de cette région ne se comportent pas différemment selon qu'ils naissent au niveau de la base de la langue ou au niveau du sillon glosso-épiglottique. A l'Institut Gustave Roussy, les tumeurs malignes des vallécules font l'objet d'un protocole de traitement distinct. La révision des malades soignés de 1960 à 1964 va-t-elle justifier cette distinction puisqu'il semble, en parcourant la littérature surtout anglo-saxonne, que la citation en exergue soit toujours d'actualité.

II - RAPPEL ANATOMIQUE

Le sillon glosso-épiglottique est une dépression allongée à grand axe transversal, situé entre la base de la langue et l'épiglotte sus-hyoïdienne.

Limites :

- en avant, la muqueuse mammelonnée irrégulière des amygdales linguales, dont la partie inférieure se trouve environ à 1 cm du fond du vallécule.
- en arrière et au milieu, la face antérieure ou face linguale de l'épiglotte sus-hyoïdienne, et de part et d'autre de celle-ci, le versant antérieur du repli pharyngo-épiglottique.
- latéralement, par le versant externe des replis glosso-épiglottiques latéraux, formations inconstantes qui pour DUCUING et GRIMOUD n'existeraient que dans 10 % des cas. On peut donc admettre que la limite externe est constituée par la réflexion de la muqueuse du sillon sur la paroi latérale de l'oropharynx ; ou plus exactement sur la partie postérieure de la loge amygdalienne.

Le sillon glosso-épiglottique présente un repli sagittal médian, allongé de la base de la langue à la face antérieure de l'épiglotte ; c'est le repli glosso-épiglottique médian véritable frein de l'épiglotte.

Ce repli isole deux dépressions ovalaires à grand axe transversal : les vallécules droites et gauches.

La muqueuse valléculaire (épithélium pavimenteux stratifié) repose sur la membrane hyo-épiglottique qui sépare le sillon glosso-épiglottique de la loge hyo-thyro-épiglottique.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

III - CLASSIFICATION T. N.

T DEFINITION DE L'EXTENSION TUMORALE.

T1 : Tumeur unilatérale, limitée à un hémi-sillon, ne dépassant pas le repli glosso-épiglottique médian, sans extension à la loge hyo-thyro-épiglottique, ni à des structures voisines.

T2 : Tumeur bilatérale (intéressant les deux hémi-sillons) ou envahissant la loge hyo-thyro-épiglottique ou l'une des régions voisines.

T3 : Tumeur étendue à plus de deux régions ou avec altération des cartilages laryngés ou avec gêne à la protraction (ou déviation) de la langue.

T4 : Tumeur largement étendue, au-delà du sillon glosso-amygdalien, à la loge amygdalienne,

ou au-delà du carrefour à la paroi postéro-latérale de l'oro-pharynx et de l'hypopharynx,

ou au-delà de la région de la margelle du larynx à la région sus-glottique,

ou au-delà du V lingual à la langue mobile,

ou étendue aux tissus mous péri-pharyngo-laryngés.

N ASPECT CLINIQUE DE L'ADENOPATHIE

N0 : Pas d'adénopathie palpable.

N1 : Adénopathie homolatérale mobile.

N2 : Adénopathie bilatérale mobile ou controlatérale mobile

N3 : Adénopathie homolatérale ou bilatérale fixée.

IV - TRAITEMENT

I - MOYENS THERAPEUTIQUES.

a) L'irradiation transcutanée est assurée par la Télécobalthérapie qui présente dans le cas particulier d'incontestables avantages sur la Radiothérapie à 200 kV, ménageant à la fois le maxillaire inférieure, véritable défi à la Radiothérapie classique, et la peau de ces malades qui vont souvent subir une intervention ultérieure.

b) La Curiethérapie, employée dans un certain nombre de cas, a été réalisée soit par aiguilles de Radium, soit par fils d'Irridium.

c) La chirurgie.

Selon l'extension des lésions, l'exérèse chirurgicale sera plus ou moins étendue, mais dans la mesure du possible, respectera la fonction du larynx. Il s'agira selon le cas de :

- glosso-épiglottectomie,
- glosso-laryngectomie-sus-glottique,
- glosso-laryngectomie totale,
- glosso-oro-pharyngo-laryngectomie totale ou partielle.

Pour la tumeur primitive :

- de curage unilatéral,
- ou bilatéral, en deux temps pour les adénopathies.

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

The theory of the earth is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features. The theory of the earth is based on the study of the earth's structure and its history. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features. The theory of the earth is based on the study of the earth's structure and its history. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features.

THEORY OF THE EARTH

The theory of the earth is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features. The theory of the earth is based on the study of the earth's structure and its history. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features.

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

II - PROTOCOLE.

- T 1

T1, N0 :

- 1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires (systématique),
- 2) Curiethérapie interstitielle complémentaire au niveau du sillon glosso-épiglottique.

T1, N1 ou N2 (unilatéral ou controlatéral) :

- 1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires,
- 2) Curiethérapie interstitielle complémentaire,
- 3) Curage ganglionnaire unilatéral complet.

T1, N2 (bilatéral) :

- 1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires,
- 2) Curiethérapie interstitielle complémentaire,
- 3) Curage ganglionnaire bilatéral en deux temps.

T1, N3 :

Télécobalt seul.

- T 2

Cette extension sera subdivisée en deux éventualités :

1ère éventualité :

T2 (N0, N1, N2) : Tumeur du sillon glosso-épiglottique à extension postérieure (région de la margelle du larynx, repli pharyngo-épiglottique) ou à extension basse (dans la loge H. T. E.) ou à extension antérieure modérée dans la base de la langue (moins d'un quart du volume apprécié par son extension en profondeur).

1) Télécobalt sur la tumeur primitive et sur les aires ganglionnaires,

2) Chirurgie comportant :

a) L'exérèse de la tumeur primitive :

- Tumeur étendue à la région de la margelle du larynx (zones du tiers antérieur et du tiers moyen) sans envahissement de la loge H.T.E. : glosso-épiglottectomie ;

- Tumeur étendue à la région de la margelle du larynx (zones du tiers antérieur et du moyen) avec envahissement de la loge H.T.E. : glosso-laryngectomie sus-glottique ;

- Tumeur étendue au repli pharyngo-épiglottique : glosso-oro-pharyngo-laryngectomie sus-glottique.

En fin d'intervention, si l'on a un doute sur la qualité de l'exérèse dans le muscle lingual, en particulier dans le cas où l'extension excédait les prévisions cliniques et radiologiques, curiethérapie interstitielle per-opératoire, au niveau de la tranche de section linguale : technique par tubes plastiques (disposés en boucles) avec fils d'iridium.

b) Vis-à-vis des ganglions :

-N0 : exploration systématique des chaînes ganglionnaires au cours de l'intervention sur la tumeur primitive. Curage ganglionnaire en cas de réponse histologique positive ;

-N1, N2 : curage ganglionnaire, uni ou bilatéral dans ce dernier cas, le curage du côté opposé à celui où prédomine la lésion sera fait 15 jours après la première intervention.

3) Télécobalt post-opératoire.

T2, N3 :

Télécobalt.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1910

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

2ème éventualité :

T2 : tumeur du sillon glosso-épiglottique à extension antérieure importante dans la base de la langue (plus du quart de son volume apprécié par son extension superficielle sur la pente pharyngée et par son extension en profondeur) ou à extension dans le sillon glosso-amygdalien et la loge amygdalienne.

T2, N0 :

- 1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires,
- 2) Curiethérapie interstitielle complémentaire.

T2, N1 ou N2 (unilatéral ou controlatéral) :

- 1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires,
- 2) Curiethérapie interstitielle,
- 3) Curage ganglionnaire unilatéral complet.

T2, N2 (bilatéral) :

- 1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires,
- 2) Curiethérapie interstitielle complémentaire,
- 3) Curage ganglionnaire bilatéral en deux temps.

T2, N3 :

Télécobalt seul.

- T 3

Cette extension sera également subdivisée en deux éventualités.

1ère éventualité :

T3 (N0, N1, N2) : Tumeur du sillon glosso-épiglottique avec : soit extension postérieure (margelle ou repli pharyngo-épiglottique + extension basse loge H.T.E.) ; soit extension antérieure (extension modérée à la base de la langue, selon les critères précisés plus haut + extension basse loge H.T.E.) ; soit extension antérieure + extension postérieure.

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...

1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires;

2) Chirurgie comportant :

a) L'exérèse de la tumeur primitive : selon les cas : glosso-laryngectomie sus-glottique, glosso-oro-pharyngo-laryngectomie sus-glottique, glosso-laryngectomie totale, éventuellement curiethérapie interstitielle per-opératoire.

b) Vis-à-vis des ganglions :

- N0 : exploration systématique des chaînes ganglionnaires au cours de l'intervention sur la tumeur primitive. Curage ganglionnaire en cas de réponse histologique positive.

- N1, N2 : curage ganglionnaire uni ou bilatéral.

3) Télécobalt post-opératoire.

T3, N3 :

Télécobalt

2ème éventualité :

T3 : tumeur du sillon glosso-épiglottique comportant une extension antérieure importante dans la base de la langue (voir critères plus haut) ou au sillon glosso-amygdalien ou à la loge amygdalienne.

T3, N0 :

1) Télécobalt,

2) Curiethérapie interstitielle complémentaire si possible (après résultat encourageant de la Télécobalthérapie),

T3, N1, N2 :

1) Télécobalt sur la tumeur primitive et les aires ganglionnaires,

2) Si possible, c'est-à-dire si le résultat de la Télécobalthérapie est encourageant, curiethérapie interstitielle ; curage ganglionnaire uni ou bilatéral.

... ..
... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

T3, N3 :

Télécobalt seul.

- T 4

Télécobalt, à titre palliatif, Eventuellement, curiethérapie intersti-
tielle dans la tumeur primitive ou les aires ganglionnaires.

Il convient de remarquer que l'association radio-chirurgicale prévue au
protocole ne peut être raisonnablement effectuée dans un grand nombre de
cas du fait :

- de contrindications loco-régionales, extensions locales trop étendues,
fixité des adénopathies aux plans vertébraux ;

- de contrindications générales fréquentes chez ces malades âgés,
présentant un état général précaire, d'éventuelles maladies associées, en par-
ticulier les stigmates d'une intempérance habituelle.

D'autre part, les chirurgiens connaissaient mal au début les problèmes
posés par la chirurgie partielle après radiothérapie, mais l'expérience aidant
et les premiers résultats semblant encourageants, les indications opératoires
se sont étendues : d'une part, les petites lésions T1 et T2 qui, initialement,
étaient traitées par association radiothérapique transcutanée + curie-thérapie
ont été par la suite opérées après 4000 Rads, et les indications de la curie-
thérapie se sont restreintes d'autant.

Par ailleurs, un certain nombre de T4 ont subi une intervention chirurgica-
le au cours des deux dernières années.

III - TECHNIQUE DE LA RADIOTHERAPIE.

A) Télécobalthérapie.

Elle tient une place importante puisque tous les malades seront irradiés,
soit à titre pré-opératoire et post-opératoire, soit à titre exclusif.

Introduction

The purpose of this study is to investigate the effects of various factors on the growth and development of the human body. The study is designed to provide a comprehensive overview of the physical changes that occur during the process of maturation. The research is based on a series of experiments conducted over a period of several years, involving a large number of subjects. The results of the study are presented in the following sections.

The first section of the study is devoted to a detailed description of the methods used in the research. This includes a discussion of the subjects, the experimental procedures, and the data collection techniques. The second section presents the results of the study, which are organized into a series of tables and graphs. The third section discusses the implications of the findings, and the fourth section provides a conclusion.

The study is organized into four main sections. The first section, titled "Methods", describes the experimental design and the subjects involved. The second section, titled "Results", presents the data collected during the study. The third section, titled "Discussion", analyzes the findings and their implications. The fourth section, titled "Conclusion", summarizes the main points of the study. The study is based on a series of experiments conducted over a period of several years, involving a large number of subjects. The results of the study are presented in the following sections.

The study is organized into four main sections. The first section, titled "Methods", describes the experimental design and the subjects involved. The second section, titled "Results", presents the data collected during the study. The third section, titled "Discussion", analyzes the findings and their implications. The fourth section, titled "Conclusion", summarizes the main points of the study.

The study is organized into four main sections. The first section, titled "Methods", describes the experimental design and the subjects involved. The second section, titled "Results", presents the data collected during the study. The third section, titled "Discussion", analyzes the findings and their implications. The fourth section, titled "Conclusion", summarizes the main points of the study.

The study is organized into four main sections. The first section, titled "Methods", describes the experimental design and the subjects involved. The second section, titled "Results", presents the data collected during the study. The third section, titled "Discussion", analyzes the findings and their implications. The fourth section, titled "Conclusion", summarizes the main points of the study.

The study is organized into four main sections. The first section, titled "Methods", describes the experimental design and the subjects involved. The second section, titled "Results", presents the data collected during the study. The third section, titled "Discussion", analyzes the findings and their implications. The fourth section, titled "Conclusion", summarizes the main points of the study.

Après choix cliniques et radiologiques des différents volumes-cibles qu'il convient d'irradier, ceux-ci sont repérés sur le malade en position de traitement à l'aide de clichés orthogonaux, pris à grande distance.

Les coordonnées de chaque volume-cible sont notées par rapport à 3 plans de référence :

- le plan de la table de traitement,
- le plan sagittal médian du malade,

- un troisième plan perpendiculaire aux deux précédents et passant par un repère osseux fixe et facilement accessible. Pour la tête et le cou, ce repère osseux sera le contact osseux avec l'extrémité supérieure du manubrium sternal, et le conduit auditif externe.

La géométrie de l'irradiation, c'est-à-dire le choix des dimensions des faisceaux, leur angle d'incidence à la tumeur, leur coordonnées par rapport aux trois plans de référence, est établie d'après les données du repérage (clichés orthogonaux et contours sagittal et transversal du malade). Ces différentes coordonnées sont consignées sur la fiche de traitement.

Des clichés de contrôle sont établis avec le faisceau de traitement lors de la mise en place initiale du malade sous l'appareil. Ils seront répétés au cours du traitement.

La répartition intra-tissulaire de la dose est étudiée.

Si les clichés de contrôle et la dosimétrie sont jugés satisfaisants par le radiothérapeute, le traitement peut commencer.

Les volumes-cibles irradiés.

Le volume-cible englobe la tumeur primitive et ses extensions éventuelles, en particulier vers la base de langue qui est toujours irradiée largement. Sa taille est fonction de l'extension constatée cliniquement et radiologiquement.

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

Les ganglions cervicaux bilatéraux supérieurs, moyens et inférieurs. Le volume-cible des ganglions cervicaux inférieurs déborde au-delà de la clavicule d'un travers de doigt en moyenne.

Géométrie de l'irradiation.

Les régions cervicales supérieures, moyennes et le volume-cible de la tumeur primitive sont irradiées par deux faisceaux transversaux opposés, ou deux faisceaux légèrement obliques postérieurs évitant d'irradier la moelle cervicale et prenant largement les aires lymphatiques.

Les régions cervicales inférieures sont irradiées par un faisceau antérieur direct avec protection médiane pour l'appareil laryngo-trachéal et la moelle cervicale.

Répartition spatiale de la dose.

S'il s'agit d'une lésion médiane sans adénopathie ou avec adénopathies bilatérales, la contribution à la dose tumorale de chaque faisceau est identique.

S'il s'agit d'une lésion latéralisée ou d'une lésion médiane avec adénopathie unilatérale, le faisceau homolatéral ou qui irradie l'adénopathie va délivrer les 2/3 de la dose tumorale, l'autre 1/3 étant délivrée par le faisceau opposé.

Les doses calculées sont établies sur l'isodose qui englobe au mieux le volume-cible choisi ; en général, l'isodose 95 %, il s'agit donc approximativement d'une dose minimale, mais cette dose est homogène à ± 5 %.

Etalement - Fractionnement.

Cinq séances de 250 rads sont effectuées chaque semaine, au niveau du volume-cible englobant la tumeur primitive. Soit 1250 rads par semaine.

Pour des malades âgés, à l'état général précaire, des doses moindres sont délivrées par semaine.

The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem of the existence of solutions of the system of equations

$$\frac{dx}{dt} = f(x, y, z), \quad \frac{dy}{dt} = g(x, y, z), \quad \frac{dz}{dt} = h(x, y, z),$$

where f, g, h are continuous functions of x, y, z and satisfy certain conditions. It is shown that under these conditions there exists a unique solution of the system of equations which satisfies the initial conditions

$$x(0) = x_0, \quad y(0) = y_0, \quad z(0) = z_0.$$

The second part of the paper is devoted to a study of the properties of the solutions of the system of equations

$$\frac{dx}{dt} = f(x, y, z), \quad \frac{dy}{dt} = g(x, y, z), \quad \frac{dz}{dt} = h(x, y, z),$$

where f, g, h are continuous functions of x, y, z and satisfy certain conditions. It is shown that under these conditions the solutions of the system of equations are bounded and tend to zero as $t \rightarrow \infty$.

The third part of the paper is devoted to a study of the properties of the solutions of the system of equations

$$\frac{dx}{dt} = f(x, y, z), \quad \frac{dy}{dt} = g(x, y, z), \quad \frac{dz}{dt} = h(x, y, z),$$

where f, g, h are continuous functions of x, y, z and satisfy certain conditions. It is shown that under these conditions the solutions of the system of equations are bounded and tend to zero as $t \rightarrow \infty$.

The fourth part of the paper is devoted to a study of the properties of the solutions of the system of equations

Irradiation pré-opératoire.

Elle va délivrer :

- 4000 rads à la tumeur primitive,
- de 3000 à 4000 rads au niveau des adénopathies cervicales supérieures et moyennes homolatérales,
- de 2000 à 4000 rads au niveau des adénopathies cervicales supérieures et moyennes contro-latérales,
- 4000 rads au niveau des adénopathies cervicales inférieures.

Irradiation post-opératoire.

Elle irradie le lit tumoral en respectant les structures laryngées restantes, la résection au niveau de la base de langue est toujours irradiée largement. La dose délivrée sera encore de 4000 rads.

Toutes les aires lymphatiques cervicales sont irradiées aux mêmes doses sensiblement que lors de l'irradiation pré-opératoire. Une dose additionnelle de 1000 à 1500 rads est parfois délivrée au niveau d'un groupe ganglionnaire si l'histologie y est positive, en particulier, s'il existe une rupture capsulaire et une infiltration néoplasique des muscles cervicaux.

Télécobalthérapie exclusive.

La géométrie initiale de celle-ci va délivrer 5500 rads au niveau du sillon glosso-épiglottique, par séance de 250 rads à raison de 5 séances par semaine. Les territoires lymphatiques cervicaux recevront des doses de 4000 à 5500 rads.

La dose de 5500 rads étant atteinte, des surimpressions sont effectuées sur le reliquat tumoral glosso-épiglottique et ganglionnaire si le malade présentait initialement une adénopathie cliniquement palpable.

En fin d'irradiation, une surimpression tangentielle antérieure est mise en place pour augmenter la dose ganglionnaire.

En moyenne, le sillon glosso-épiglottique recevra une dose variant de 7000 à 8500 rads en 40 à 50 jours.

Les adénopathies pathologiques recevront une dose de 9000 à 9500 rads pendant la même période.

Télécobalthérapie avant curiethérapie.

Elle délivre une dose de 6000 rads au niveau de la tumeur primitive et des aires lymphatiques cervicales bilatérales.

B) La Curiethérapie.

Intervient sur le reliquat tumoral après Radiothérapie transcutanée. Elle utilisait initialement des aiguilles de radium, puis rapidement des fils d'irridium : endocuriethérapie par boucles plastiques selon la technique exposée par B. PIERQUIN dans son précis de curiethérapie.

oOo

V - RESULTATS

POPULATION DE MALADES

=====

Nous avons retenu pour notre révision les malades qui ont été traités à l'Institut Gustave Roussy du 1er janvier 1960 au 31 décembre 1964.

Ont été exclus les malades :

- sans histologie formelle ;
- dont le traitement n'a pas été effectué entièrement à l'I. G. R. ,
- qui ont présenté dans leurs antécédents une autre tumeur maligne, qui ont fait un autre cancer au cours de leur survie ;
- qui présentaient une métastase lors de la première consultation (1 malade).

REPARTITION PAR AGE.

=====

35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-75	75	Total
1	5	6	17	18	25	15	8	1	96

La fréquence maximale est constatée pour la tranche d'âge de 60 à 65 ans, mais un malade a moins de 40 ans, et un autre plus de 75 ans. 49 malades sur 96 ont plus de 60 ans, soit 50 %.

REPARTITION SELON L'EXTENSION LOCO-REGIONALE.

T \ N	0	1	2	3	Total
1	1				1
2	3		1	3	7
3	16	5	3	9	33
4	14	6	11	24	54
Total	34	11	15	36	96

Notons que plus de 50 % sont des T_4 , et 38 % des N_3 .

RESULTATS.

Survie à 2 - 3 et 5 ans : il s'agit de survie brute non corrigée pour les autres causes de décès.

Survie	2 ans	3 ans	5 ans
Vivant			
Total	30/96	18/70	6/29
%	31 %	26 %	21 %

Pour ces cancers dont le pronostic est habituellement jugé désastreux, 1 malade sur 5 survit à 5 ans et il convient de rappeler que ce sont des malades âgés (âge modal entre 60 et 65 ans).

La survie à 3 ans et même à 2 ans semble de bon pronostic, les 2/3 des malades survivants à 2 ans, survivront à 5 ans.

1. The first part of the report is devoted to a general description of the work done during the year.

2. The second part contains a detailed account of the results of the experiments.

3. The third part is a summary of the work done during the year.

4. The fourth part is a list of the references.

5. The fifth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

6. The sixth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

7. The seventh part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

8. The eighth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

9. The ninth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

10. The tenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

11. The eleventh part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

12. The twelfth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

13. The thirteenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

14. The fourteenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

15. The fifteenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

16. The sixteenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

17. The seventeenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

18. The eighteenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

19. The nineteenth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

20. The twentieth part is a list of the names of the persons who have assisted in the work.

Résultats à 3 ans en fonction de l'extension loco-régionale

T \ N	0	1	2	3	Total
1	0/1	-	-	-	0/1
2	1/3	-	0/1	1/2	2/6
3	7/13	1/3	1/1	0/6	9/23
4	5/11	1/3	0/10	1/16	7/40
Total	13/28	2/6	1/12	2/24	18/70

Si l'on isole le quadrant inférieur droit du tableau, on constate une survie globale de 2 malades sur 33 soit 6 % (T3 et T4 + N2 et N3). Pour le reste du tableau : 16 survivants sur 37 malades soit 43 %.

Une atteinte locale et régionale importante est donc de très mauvais pronostic, il semble d'ailleurs que l'atteinte ganglionnaire ait une influence plus importante sur l'évolution que l'extension locale. On peut en effet constater que : pour les malades classés N2 et N3, seuls 3 malades sur 36 survivent à 3 ans. Par contre, sur l'ensemble des T3 et T4 la survie constatée est de 16 malades sur 37 soit 37 %.

2. The second part of the document focuses on the implementation of the proposed changes. It details the steps involved in the rollout process, from initial planning to final execution. This section also addresses potential challenges and provides strategies to overcome them, ensuring a smooth transition to the new system.

3. The third part of the document discusses the ongoing monitoring and evaluation of the project. It highlights the need for continuous communication and collaboration between all stakeholders involved. This section also provides a timeline for the project, indicating key milestones and deadlines.

4. The fourth part of the document discusses the future outlook for the organization. It outlines the long-term goals and objectives, as well as the strategies to achieve them. This section also provides a summary of the key findings and recommendations from the project, serving as a guide for future decision-making.

5. The fifth part of the document discusses the conclusion of the project. It summarizes the overall results and achievements, as well as the lessons learned from the experience. This section also provides a final statement of support for the organization and its future success.

Evolution de la survie à 2 - 3 et 5 ans en fonction de T. N.

T \ N	0			1	2	3
	V2	V3	V5			
1	0 1	0 1	0 1			
2	2 3	1 3	1 2		0 0 0 1 1 0	3 1 0 3 2 0
3	8 16	7 13	1 4	1 1 1 5 3 2	3 1 0 3 1 0	1 0 0 9 6 5
4	5 15	5 11	2 4	1 1 1 6 3 2	0 0 0 11 10 5	6 1 0 24 16 5
Total	15 34	13 28	4 10	2 2 2 11 6 4	3 1 0 15 12 5	10 2 0 36 24 10

Pour les lésions étendues à la fois localement et au point de vue ganglionnaire T3N2 + T3N3 + T4N2 + T4N3, on peut remarquer que la survie à 2 ans est de :

10 malades sur 49 soit 20 % à 2 ans
à 3 ans 2/33 6 %
à 5 ans 0/15 0 %.

Que faut-il en penser ? Que ce sont ces malades qui continuent à mourir après une survie à 2 ans, ou qu'en 1964, ils furent mieux traités qu'en 1960 et 1961 ? Il serait bien imprudent de conclure.

Pour les autres malades associant diversement T1 et T2 à NO et N1, on note :

à 2 ans $\frac{20}{49}$ 39 %
3 ans $\frac{16}{37}$ 43 %

Date		Description		Amount	
1912	Jan 1	Balance		100.00	
	Feb 1	Interest		5.00	
	Mar 1	Interest		5.00	
	Apr 1	Interest		5.00	
	May 1	Interest		5.00	
	Jun 1	Interest		5.00	
	Jul 1	Interest		5.00	
	Aug 1	Interest		5.00	
	Sep 1	Interest		5.00	
	Oct 1	Interest		5.00	
	Nov 1	Interest		5.00	
	Dec 1	Interest		5.00	
1913	Jan 1	Balance		100.00	
	Feb 1	Interest		5.00	
	Mar 1	Interest		5.00	
	Apr 1	Interest		5.00	
	May 1	Interest		5.00	
	Jun 1	Interest		5.00	
	Jul 1	Interest		5.00	
	Aug 1	Interest		5.00	
	Sep 1	Interest		5.00	
	Oct 1	Interest		5.00	
	Nov 1	Interest		5.00	
	Dec 1	Interest		5.00	
1914	Jan 1	Balance		100.00	
	Feb 1	Interest		5.00	
	Mar 1	Interest		5.00	
	Apr 1	Interest		5.00	
	May 1	Interest		5.00	
	Jun 1	Interest		5.00	
	Jul 1	Interest		5.00	
	Aug 1	Interest		5.00	
	Sep 1	Interest		5.00	
	Oct 1	Interest		5.00	
	Nov 1	Interest		5.00	
	Dec 1	Interest		5.00	

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

5 ans $\frac{6}{14}$ 42 %

Et il semble qu'ici, la survie soit stable.

Survie à 3 ans selon l'âge des malades et le type de traitement.

- Malades de moins de 65 ans.

	Nb	V 3 ans	
R ^{ie} seule sur T.P.	26	5	
Radiochirurgie sur T.P.	24	7	
Total	50	12	24 %

- Malades de 65 ans et plus de 65 ans.

	Nb	V 3 ans	
R ^{ie} seule sur T.P.	18	5	
Radiochirurgie sur T.P.	2	1	
Total	20	6	30 %

Aucune différence sensible n'apparaissant, il semble que l'on soit autorisé à ne pas tenir compte de l'âge et à regrouper les deux populations de malades.

1. The first part of the document is a letter from the President of the United States to the Congress, dated January 1, 1861. It is a very important document, as it sets out the President's policy for the new year.

2. The second part of the document is a report from the Secretary of the Treasury, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the financial state of the country at the beginning of the year.

Statement of the Receipts and Disbursements of the Treasury Department for the Year 1861	
Receipts	Disbursements
From the sale of public lands	To the Department of the Interior
From the sale of public bonds	To the Department of the Navy
From the sale of public stocks	To the Department of the Army
From the sale of public property	To the Department of the Treasury
From the sale of public lands	To the Department of the Treasury
From the sale of public bonds	To the Department of the Treasury
From the sale of public stocks	To the Department of the Treasury
From the sale of public property	To the Department of the Treasury

3. The third part of the document is a report from the Secretary of the Navy, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the naval operations of the country at the beginning of the year.

4. The fourth part of the document is a report from the Secretary of the Army, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the military operations of the country at the beginning of the year.

5. The fifth part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Interior, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the operations of the Department at the beginning of the year.

6. The sixth part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Treasury, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the operations of the Department at the beginning of the year.

7. The seventh part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Navy, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the operations of the Department at the beginning of the year.

8. The eighth part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Army, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the operations of the Department at the beginning of the year.

9. The ninth part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Interior, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the operations of the Department at the beginning of the year.

10. The tenth part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Treasury, dated January 1, 1861. It contains a detailed account of the operations of the Department at the beginning of the year.

- Ensemble des malades.

	Nb	V 3 ans	%
R ^{ie} seule sur T.P.	44	10	23 %
Radiochirurgie sur T.P.	26	8	31 %
Total	70	18	26 %

Ce dernier tableau suggère un avantage de la radio-chirurgie, mais les deux groupes diffèrent. Les deux tableaux suivants indiquent la survie à 3 ans en fonction de l'extension loco-régionale, et ceci pour chaque groupe.

Radiothérapie seule sur la T. P.

T \ N	0	1	2	3	Total
1	0/1	-	-	-	0/1
2	1/2	-	-	1/1	2/3
3	4/6	1/2	-	0/3	5/11
4	2/6	1/3	0/6	0/14	3/29
Total	7/15	2/5	0/6	1/18	10/44

$$x^2 + 2x + 1 = (x+1)^2$$
[illegible][illegible]

Radio-chirurgie sur la T. P.

T \ N	0	1	2	3	Total
1	-	-	-	-	-
2	0/1	-	0/1	0/1	0/3
3	3/7	0/1	1/1	0/3	4/12
4	3/5	-	0/4	1/2	4/11
Total	6/13	0/1	1/6	1/6	8/26

Soulignons simplement que pour les sous-groupes T3 T4 N2 N3, la survie avec la radiothérapie seule est de 0/23 alors que pour l'association radio-chirurgicale, elle est de 2/10 à 3 ans.

Modalités de traitement et survie à 3 ans des deux groupes :
radiothérapie seule sur la T. P. et association radio chirurgicale.

On peut constater que sur 13 malades qui ont subi un curage, tous sont morts à 3 ans.

In the second part, the document outlines the various methods used for data collection and analysis. It describes how different types of data are gathered, from direct observations to secondary sources, and how they are then processed and analyzed to draw meaningful conclusions. The importance of using appropriate statistical techniques is also highlighted.

The third part of the document focuses on the presentation of results. It discusses the various ways in which data can be visualized, from simple bar charts to more complex interactive dashboards. The goal is to make the information as accessible and understandable as possible for the intended audience.

Finally, the document concludes with a summary of the key findings and a discussion of the implications for future research. It suggests areas where further investigation is needed and provides recommendations for how the findings can be applied in practice.

The following table provides a detailed breakdown of the data collected during the study. It shows the distribution of responses across different categories, allowing for a more granular analysis of the results. The data is presented in a clear and concise format, making it easy to interpret and compare with previous studies.

The results of the study indicate that there is a significant correlation between the variables being measured. This suggests that the factors being studied are indeed related and that the findings have practical implications. The study also identifies several areas where further research is needed, particularly in the areas of data collection and analysis.

In conclusion, the study has provided valuable insights into the relationship between the variables being measured. The findings are based on a thorough and systematic analysis of the data, and they provide a solid foundation for further research in this area.

The study was conducted in accordance with the highest standards of research ethics. All participants provided informed consent, and their data was kept confidential throughout the entire process. The results of the study are presented in a transparent and accessible manner, allowing for a full understanding of the findings and the limitations of the study.

		Total
<u>Radiothérapie seule sur la T.P.</u>		
Cobalt seul.....	7/33	10/44
Co + Curiethérapie.....	3/9	
Co + Curiethérapie + curage	0/2	

<u>Radio chirurgie sur T.P.</u>		
1°) Co + Ch ^{ie} + Co		8/26
sus-glottique + curage	0/7	
sus-glottique sans curage	5/8	
laryngectomie	1/1	
2°) Co + Ch ^{ie}		
sus-glottique + curage	0/4	
sus-glottique sans curage	2/3	
sus-glottique + Ir 192	0/3	

Survie à 3 ans en fonction des doses délivrées au niveau de la tumeur primitive par radiothérapie transcutanée.

Les difficultés d'interprétation de doses délivrées à des époques différentes, les différences d'efficacité biologique entre la radiothérapie pré et post-opératoire nous ont fait tenir compte uniquement de l'irradiation première. Celle-ci peut être une irradiation pré-opératoire ou une irradiation exclusive.

Moins de 3000 rads	3000-4500	4500-6500	Plus de 6500	Total
0/1	8/25	5/24	5/20	18/70

The first part of the report deals with the general situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's development. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is a valuable contribution to the study of the country.

The second part of the report deals with the economic situation. It is a very detailed and comprehensive study of the country's economy. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is a valuable contribution to the study of the country's economy.

The third part of the report deals with the social situation. It is a very detailed and comprehensive study of the country's social structure. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is a valuable contribution to the study of the country's social structure.

The fourth part of the report deals with the political situation. It is a very detailed and comprehensive study of the country's political system. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is a valuable contribution to the study of the country's political system.

The fifth part of the report deals with the cultural situation. It is a very detailed and comprehensive study of the country's culture. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is a valuable contribution to the study of the country's culture.

The sixth part of the report deals with the future of the country. It is a very detailed and comprehensive study of the country's future. The author has done a great deal of research and has gathered a wealth of material. The report is well written and is a valuable contribution to the study of the country's future.

Name	Age	Sex	Occupation	Education
John Doe	25	Male	Teacher	Bachelor's
Jane Smith	30	Female	Nurse	Bachelor's
Bob Johnson	40	Male	Engineer	Master's

Résultats de la Télécobalthérapie exclusive.

Sont exclus les malades qui ont eu :

- de la Curiethérapie de surdosage,
- des curages chirurgicaux.

3 ans 7/33

5 ans 1/12.

Dose/rads	V3	V5
Moins de 3000	0/1	0/1
3000 - 4500	0/3	0/2
4500 - 6500	2/11	1/5
Plus de 6500	5/18	0/4

Les résultats paraissent mauvais, mais il convient de rappeler qu'il y a eu sélection des malades puisqu'ils ont été récusés par le chirurgien.

Evolution de la survie selon la qualité de la résection chirurgicale de la T. P.

Chaque pièce opératoire fait l'objet à l'Institut d'un examen histologique détaillé selon un protocole précis : série de coupes sagittales rapprochées, prenant l'ensemble de la pièce opératoire. Les résultats de cet examen histologique permettant de classer l'exérèse en satisfaisante, insuffisante ou limite. Il convient d'ailleurs de souligner que c'est presque toujours dans la tranche de section linguale que l'exérèse est insuffisante et rarement au niveau du vestibule laryngé.

Survie Résection	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Satisfaisante	17/21	7/21	4/16	2/12	1/5
Insuffisante	5/8	8/8	2/5	1/3	0/0
Limite	4/5	2/5	2/5	1/5	1/4

Là encore, il est difficile d'après les résultats de connaître exactement l'incidence pronostique de la qualité de la résection. Pour ce problème particulier, il serait certainement souhaitable d'étudier le nombre de cas de récidives locales en fonction de l'étude histologique de la pièce. Il n'est d'autre part pas toujours facile d'interpréter ces coupes après 4000 rads de radiothérapie pré-opératoire.

Valeur de l'irradiation post-opératoire :

	V3 ans	%
Co + Ch ^{ie} + Co	6/13	45 %
Co + Ch ^{ie}	2/10	20 %

Malgré les effectifs peu nombreux, il semble ici que l'irradiation post-opératoire améliore le pronostic. Et le cancérologue se trouve placé dans une position difficile : faire une irradiation pré-opératoire efficace qui va compliquer les suites opératoires, et faire perdre au malade le bénéfice de la radiothérapie post-opératoire ou bien intervenir d'emblée tout en sachant que l'efficacité de l'irradiation sera moindre à titre post-opératoire.

Résultats selon les formes radiocliniques

	V 1 an	V 2 ans	V 3 ans	V 4 ans	V 5 ans
bourgeonnantes et ulcéro	40/51 78 %	23/51 45 %	14/40 35 %	6/27 22 %	5/19 26 %
ulcéran te et infiltrante	18/45 40 %	7/45 15 %	4/30 13 %	3/21 14 %	1/10

Ces données confirment le mauvais pronostic des formes ulcéran~~tes~~ et infiltrantes.

Causes d'échecs

Dans les colonnes sont groupés les causes d'échecs suivantes:

L	échec local
G	ganglionnaire
LG	loco ganglionnaire
M	métastases
C	complication liée au traitement
AI	affection intercurrente
X	cause non précisée

	L	G	LG	M	C	AI	X	vivant	total
Co seul	13	2	15	6	1	1	10	11	59
Co + Ch ^{ie}	4	4	7	3	3	2	1	13	36
total	17	6	22	9	4	3	11	24	96

1. The first part of the report is a general introduction to the subject.

2. The second part of the report is a detailed description of the methods used in the study.

3. The third part of the report is a discussion of the results of the study.

4. The fourth part of the report is a conclusion and a list of references.

5. The fifth part of the report is a list of appendices.

6. The sixth part of the report is a list of figures and tables.

7. The seventh part of the report is a list of footnotes.

8. The eighth part of the report is a list of abbreviations.

9. The ninth part of the report is a list of symbols.

10. The tenth part of the report is a list of references.

11. The eleventh part of the report is a list of appendices.

12. The twelfth part of the report is a list of figures and tables.

13. The thirteenth part of the report is a list of footnotes.

14. The fourteenth part of the report is a list of abbreviations.

15. The fifteenth part of the report is a list of symbols.

16. The sixteenth part of the report is a list of references.

17. The seventeenth part of the report is a list of appendices.

18. The eighteenth part of the report is a list of figures and tables.

19. The nineteenth part of the report is a list of footnotes.

20. The twentieth part of the report is a list of abbreviations.

VI - DISCUSSION

LA CLASSIFICATION T N M.

La tumeur primitive.

=====

T1 : Pas de commentaire.

T2 : Il est classique de considérer les lésions s'accompagnant d'une infiltration de toute la base de langue, surtout s'il existe une ulcération associée, comme des lésions gravissimes (BACLESSE). Il serait donc logique de les considérer comme de T4, or s'il n'existe aucune autre structure atteinte, si la protraction de la langue est normale, ce sont des lésions du groupe T2. Il serait possible par exemple de classer T3 toutes les lésions où l'infiltration linguale est supérieure à 1,5 cm et T4 toute lésion s'accompagnant d'une ulcération plongeant dans les masses musculaires de la pente pharyngée de la langue.

T3 : Le problème de l'atteinte linguale est la même que pour T2.

T4 : A l'appréciation subjective : tumeur largement étendue à la loge amygdalienne, il semble préférable de désigner une limite numérique, par exemple : tumeur étendue sur plus de 1,5 cm sur la loge amygdalienne.

De même toutes les lésions avec ulcération de la base de langue seraient à classer T4.

Les ganglions

=====

S'il est relativement facile d'apprécier la mobilité, sur les plans profonds, des adénopathies, il est par contre très difficile d'apprécier la mobilité verticale sur l'axe vasculaire. Une lésion avec adénopathie unilatérale sera paradoxalement classée N1 ou N3 selon l'appréciation de l'examineur, l'un estimant que la mobilité sur l'axe vasculaire est conservée et l'autre qu'elle est abolie.

Il conviendrait d'autre part de faire la distinction entre la fixation à l'axe vasculaire et la fixation aux plans prévertébraux, distinction justifiée par des considérations essentiellement chirurgicales.

Le groupe N3 se scindant en N3 vaisseaux ou N3 profonds, ou mieux, la classification TN étant basée en quelque sorte sur la pondération des lésions, il serait souhaitable de disposer d'autant de groupes pour l'extension ganglionnaire que pour l'extension locale.

Les ganglions fixés aux plans profonds prévertébraux, constituant une contre-indication à l'exérèse chirurgicale, seraient alors à classer N4, puisque les ganglions N3 simplement fixés aux vaisseaux constituent au contraire une indication à la chirurgie.

1 - Légitimité de l'individualisation des S.G.E. par rapport à la base de
=====

langue et à l'hypopharynx.

=====

a) Par rapport à la base de la langue.

De cette révision de dossiers de malades, il semble ressortir trois faits si l'on veut opposer les cancers valléculaires aux cancers du tiers postérieur de la langue.

1) La chirurgie partielle est possible même après une radiothérapie pré-opératoire intensive.

2) La fréquence des ganglions palpables semble ici moindre :

34 N0 sur 96 malades, soit 35 %, chiffre que l'on peut opposer aux classiques 20 % de N0 rencontrés au niveau de la pente laryngée de la langue. VERA DALLEY fait état de 32 % de N0 dans les sillons glosso-épiglottiques pour 25 % dans la base de langue.

3) La survie semble meilleure pour les sillons glosso-épiglottiques.

b) Par rapport à l'hypopharynx.

Le cancer du sinus piriforme, si l'on est partisan de la chirurgie seule ou associée à la radiothérapie, n'admet qu'une intervention mutilante : la pharyngo-laryngectomie totale.

Au contraire, pour les lésions glosso-épiglottiques, la chirurgie peut être partielle. Cette chirurgie partielle est réalisable après une irradiation pré-opératoire bien conduite.

La fréquence des ganglions palpables selon le siège de la T.P. :

- 34 N0 sur 96 malades, soit 37 % pour les cancers du sillon glosso-épiglottique.

- 46 malades sur 261, soit 18 % de N0, pour les épithéliomas de l'hypo-pharynx traités à l'I.G.R. de 1955 à 1963.

Les résultats à 3 ans sont également moindre pour les lésions hypopharyngées, 19 % pour 26 % au niveau du sillon glosso-épiglottique (malades vus et traités à l'I.G.R. aux mêmes périodes).

2 - L'attitude thérapeutique adoptée à l'I.G.R. est-elle justifiée ?
=====

Celle-ci basée essentiellement sur l'association radio-chirurgicale comporte une intervention qui, bien que partielle, constitue toutefois une infirmité plus ou moins bien supportée par les malades. Or la comparaison des résultats à 3 ans ;

1900

- 10 survies sur 44 pour la radiothérapie seule, soit 23 %

- 8 sur 26 pour l'association, soit 31 %

n'est pas absolument démonstrative de l'avantage apportée par l'intervention.

Si l'on retient le principe de l'association radio-chirurgicale, la place de l'intervention reste aussi à définir : faut-il intervenir avant toute radiothérapie pour avoir des suites opératoires plus simples ? Faut-il au contraire persister dans notre attitude actuelle ?

Même en adoptant le principe de l'intervention en "sandwich" entre la radiothérapie pré-opératoire et post-opératoire, les modalités de celles-ci ne sont pas encore optimales. Il est fort probable que des doses différentes, distribuées avec un étalement et un fractionnement différents seraient biologiquement plus efficaces sans entraîner davantage de complications.

La plupart des problèmes restent, on le voit, sans réponses. La solution ne pouvant d'ailleurs venir que d'essais thérapeutiques contrôlés, portant sur des groupes comparables de malades répartis selon le hasard et non de révisions rétrospectives. Pour la localisation qui nous concerne les effectifs sont faibles, la moitié des malades sont inopérables et un essai thérapeutique risque de n'apporter une réponse qu'au bout de plusieurs décades, à moins qu'il ne s'agisse d'un essai intercentre, ou bien que la radiothérapie et la chirurgie ne soient détronées d'ici là par un traitement nouveau.....!

Pour le moment, bornons-nous humblement à rappeler les quelques résultats épars dans la littérature.

DUCUING pour 23 malades, où il associe diversement roentgenthérapie et radium, obtient les résultats suivants :

- survie de moins d'un an :	16 cas
- survie de moins de 3 ans :	6 cas
- survie de moins de 5 ans :	1 cas

BACLESSE exposant ses résultats pour les cancers glosso-épiglottiques (épiglote sus-hyoïdienne, vallécules et base de langue) obtient par la roentgen-thérapie seule à 5 ans, 14 % de guérisons pour les N0 (12/87) et 9 % pour les malades présentant des adénopathies métastatiques (27/302). Il pense que le pronostic est sous la dépendance essentiellement de deux facteurs :

- l'aspect macroscopique radio-clinique de la tumeur ;
- l'atteinte ou le respect des aires lymphatiques par la prolifération maligne.

Ses résultats selon l'aspect radio-clinique sont les suivants à 5 ans :

Formes bourgeonnantes	25/55	45 %
Ulcéro bourgeonnantes	9/54	16 %
Infiltrantes et creusantes	1/220	0,4 %

DECROIX et PIQUET pour des lésions qui semblent effectivement à point de départ valléculaire notent après 22 interventions partielles :

- 3 morts au cours du 1er mois ;
- aucune survie à 5 ans ;
- les 4 malades avant ganglions atteints sont morts dans les 14 mois qui ont suivi l'intervention.

MOUNIER KUHN et Coll. avec la radiothérapie seule (Cobalt seul ou associé à la curiethérapie) sur la tumeur primitive, avec curage s'il existe des adénopathies, constatent à 2 ans :

- vallécules pures	3/7
- base de langue + sillon glosso-épiglottique	1/3
- sillon glosso-épiglottique + repli pharyngo-épiglottique	0/2

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...

...the ... of ...

...the ... of ...

...the ... of ...

...

...the ... of ...

...the ... of ...

VERA DALLEY complétant un travail antérieur de LEDERMAN sur les cancers de la base de la langue, du sillon glosso-amygdalien, et des vallécules a bien étudié ces trois localisations. Elle constate :

- Les fréquences de ces trois localisations, et leurs répartition par âge sont identiques.

- Le traitement : 6500 rads par Télécobalt ou Photons de 2 MeV, avec dans quelques cas un complément curiethérapique ou chirurgical donne les résultats suivants :

3 ans	15/75	20 %
5 ans	7/63	11 %

3 - Facteurs pronostics =====

a) L'âge des malades ne semble pas intervenir de façon considérable.

- 12 survies sur 50 malades pour les moins de 65 ans.

- 6 survies sur 20 malades pour les plus de 65 ans.

b) L'extension locale a une incidence pronostique plus nette.

Les survies à 3 ans étant :

T1	T2	T3	T4
0/1	2/6	9/23	7/40

c) L'atteinte ganglionnaire nous semble plus péjorative. Les survies à 3 ans suivantes sont notées :

N0	N1	N2	N3
13/28	2/6	1/12	2/24

d) En fait c'est l'association d'une lésion locale étendue à une atteinte régionale étendue qui semble capitale.

The first of these is the fact that the
 results of the study are in general in line with the
 findings of other studies in this field.

Another point to note is that the
 results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The third of these is the fact that the
 results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

It is also worth noting that the
 results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

The results of the study are in line with the
 findings of other studies in this field.

Les malades qui ont une lésion T3 ou T4 et une atteinte ganglionnaire N2 ou N3 ont une survie à 3 ans de 2/33, soit 6 % pour 43 % (16/47) pour les autres malades.

e) Il eut été intéressant d'évaluer la dose optimale à délivrer pour la radiothérapie transcutanée seule, mais les effectifs sont trop faibles pour une telle étude. En outre, les doses faibles n'ont été délivrées qu'à des malades jugés au-dessus de toute ressource thérapeutique.

f) Influence du curage.

13 curages effectués, aucun survivant à 3 ans : malchance ou inefficacité du curage ?

g) Enfin rappelons que paradoxalement la qualité de la résection ne semble pas avoir d'incidence prépondérante sur le devenir des malades ; par contre, l'irradiation post-opératoire semble améliorer le pronostic.

Il eut été intéressant d'étudier les complications liées au traitement, en particulier les suites opératoires parfois difficiles avec :

- cicatrisations longues
- lenteur de la reprise de la déglutition
- sphacèle de la base de langue
- sténose du larynx restant

mais ce n'était pas là l'objet de ce travail.

... and ...
 ... and ...

... and ...
 ... and ...

... and ...
 ... and ...

... and ...
 ... and ...
 ... and ...

... and ...
 ... and ...
 ... and ...

V II - CONCLUSION

La révision de 96 dossiers de malades soignés du 1er Janvier 1960 au 31 décembre 1964, à l'Institut Gustave Roussy, pour des lésions dont le point de départ était situé au niveau du sillon glosso-épiglottique, nous a permis d'envisager les principaux facteurs de gravité de cette localisation, en particulier la présence de ganglions bilatéraux ou fixés nous a paru un facteur déterminant et de très mauvais pronostic.

Etant donné nos conceptions thérapeutiques actuelles : association radio chirurgicale toutes les fois qu'elle est possible, il nous semble justifié de dissocier les lésions valléculaires de celles de la pente pharyngée de la langue, et ceci pour des raisons essentiellement chirurgicales.

La méthodologie de ce travail, n'a par contre pas, comme il fallait s'y attendre d'ailleurs, souligné le bénéfice que pouvait apporter l'intervention chirurgicale. Nous continuons cependant à penser que ce bénéfice est certain, le mettre en évidence de façon irréprochable serait avoir recours à un essai thérapeutique et nous avons vu, outre le problème d'éthique médicale, les problèmes de dimensions de recrutement que ceci suppose.

Les résultats obtenus, 26 % de malades vivants à 3 ans, semblent toutefois encourageants pour une localisation tumorale qui avait traditionnellement une fort mauvaise réputation. Avec les progrès de la radiothérapie, de la chirurgie, et une meilleure association de celles-ci, nous pensons que les résultats obtenus doivent encore s'améliorer.

THE PROBLEM

The first part of the problem is to determine the nature of the data which are available for the study of the problem.

The second part of the problem is to determine the nature of the data which are available for the study of the problem.

The third part of the problem is to determine the nature of the data which are available for the study of the problem.

The fourth part of the problem is to determine the nature of the data which are available for the study of the problem.

The fifth part of the problem is to determine the nature of the data which are available for the study of the problem.

The sixth part of the problem is to determine the nature of the data which are available for the study of the problem.

Vu, le Président de Thèse

R. MADURO

Vu, le Doyen de la Faculté

G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

VIII - BIBLIOGRAPHIE

1 - BACLESSE F.

Résultats éloignés du traitement roentgenthérapique des épithéliomas glosso-épiglottiques.

J. de Radiol. et d'électrol. 25, 190-193, 1942 1943

2 - BACLESSE F. et CALLE R.

Intérêt de l'examen radiographique au cours des cancers glosso-épiglottiques. Etude de 389 cas (1920-1952)

Communication du 56e Congrès français d'O.R.L., Arnette édit. Paris oct. 58.

3 - BACLESSE F.

Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du larynx et du pharynx.

Masson édit., Paris 1960.

4 - CACHIN Y., LALANNE C.M., RICHARD J. et JUILLARD G.

Les épithéliomas du sillon glosso-épiglottique : éléments pronostics, indications thérapeutiques, résultats à propos de 60 cas.

Communication du 62e Congrès français d'O.R.L., Arnette, Paris 1965.

5 - Institut Gustave Roussy

Carcinologie 1 vol. Flammarion édit. Paris 1962

6 - CARREGA N., COLONNA d'ISTRIA J. , et GARCIN M.

Etude des tumeurs malignes de la base de langue traitées de 1932 à 1955 au C.A.C. de Marseille

Ann. d'O.R.L. 75, 751-766, nov. 58

7 - DALLEY V.

The place of radiotherapy in the treatment of tumors of the base of the tongue.

Am. J. Roentgenol. 93, 20-28, 1965.

8 - DECROIX G. et PICQUET J.J.

Les cancers des vallecules et leur traitement chirurgical à la clinique O.R.L. de Lille.

Communication au 56° congrès français d'O.R.L., Arnette, 1959.

9 - DUCUING J. et DUCUING L.

Les tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures

1 vol. Masson 1949.

10 - LEDERMANN M.

Traitement radiothérapique du cancer de la base de la langue

Communication du 56e congrès français d'O.R.L., Arnette, 1959.

11 - MADURO R. et BOUCHE J.

Les maladies du pharynx

1 vol. Masson édit. Paris 1961

12 - MOUNIER - KUHN P. et coll.

Le traitement par le cobalt des épithéliomas de la vallécule et de la base de langue.

J. français, Oto-rhino-laryng. 14, 117-124, 1965.

13 - PIERQUIN B.

Précis de curiethérapie

1 vol., Masson édit., Paris 1964

IX - TABLE DES MATIERES

	Pages
I - Introduction	1
II - Rappel anatomique	2
III - Classification T.N.M.	3
IV - Traitement :	4
1°) Moyens	
2°) Protocole	
3°) Technique de la Radiothérapie.	
V - Résultats :	14
1°) Population de malades	
2°) Survie	
VI - Discussion	25
VII - Conclusion	32
VIII - Bibliographie	
IX - Table des matières	

IX - TABLE DES MATIÈRES

Pages

I - Introduction	1
II - Rappel anatomique	3
III - Classification T.M.M.	3
IV - Traitement :	4
1°) Moyens	
2°) Protocole	
3°) Techniques de la Radiothérapie	
V - Résultats :	14
1°) Population de malades	
2°) Suivi	
VI - Discussion	23
VII - Conclusion	33
VIII - Bibliographie	
IX - Table des matières	



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13°
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62